

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

Altersrente für schwerbehinderte Menschen **Schwerbehinderung bitte nachweisen** **62**

Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute **19**

Knappschaftsausgleichsleistung **10**

Die Altersrente soll gezahlt werden als

Vollrente Teilrente entsprechend dem Hinzuverdienst

Teilrente in Höhe von % (mindestens 10 %)

Tag	Monat	Jahr
0 1		

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Wohnort	
Land			
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

4 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/>	Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):
IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Name des Geldinstituts	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:	
Name, Vorname (Rufname)	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort

Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung **Vordruck A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.**

Bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands:

Soll die Zahlung auf das deutsche Konto einer Vertrauensperson erfolgen, **bitte Vordruck A1313 ausfüllen und beifügen.**

5 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)

Beweismittel bitte beifügen

5.1	Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?							
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2							
<input type="checkbox"/>	ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:							
<input type="checkbox"/>	Beitragszeiten	vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr						
Tag	Monat	Jahr						
genaue Bezeichnung der Tätigkeit								
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn								
Anschrift								
zuständige Krankenkasse								



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.1

Beweismittel bitte beifügen

<input type="checkbox"/>	Beitragszeiten	vom	Tag 	Monat 	Jahr 	bis	Tag 	Monat 	Jahr
genaue Bezeichnung der Tätigkeit									
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn									
Anschrift									
zuständige Krankenkasse									
<input type="checkbox"/>	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag 	Monat 	Jahr 	bis	Tag 	Monat 	Jahr
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)									
Geburtsdatum 									
zuständige Pflegekasse									
<input type="checkbox"/>	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag 	Monat 	Jahr 	bis	Tag 	Monat 	Jahr
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)									
Geburtsdatum 									
zuständige Pflegekasse									
<input type="checkbox"/>	selbständige Tätigkeit	vom	Tag 	Monat 	Jahr 	bis	Tag 	Monat 	Jahr
<input type="checkbox"/>	selbständige Tätigkeit	vom	Tag 	Monat 	Jahr 	bis	Tag 	Monat 	Jahr
5.2 Haben Sie Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?									
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja,	bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen					



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

7 Anrechnungszeiten

(zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

7.1 Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein ja, **bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen**

8 Angaben zu Kindern

8.1 Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher nicht oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?

nein ja, **bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen**, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen

8.2 Haben Sie Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt (frühestens ab dem 1.1.1992), die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Kindschaftsverhältnis leibliches Kind / Adoptivkind Pflegekind

zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen ist beigelegt liegt nicht vor wird nachgereicht

9 Sonstige Angaben

9.1 Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

nein ja Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

ist beigelegt liegt nicht vor wird nachgereicht

9.2 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine weitere **Rente** aus **eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen

bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.3

bei Antrag auf Altersrente / Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.4



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9.3 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute

9.3.1 Erhalten Sie Arbeitsentgelt? Hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit.

nein ja

9.3.2 Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland? Hierzu gehören auch Einkünfte aus Photovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter.

nein ja

9.3.3 Erhalten Sie Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)?

nein ja

9.3.4 Erhalten Sie Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?

nein ja

9.3.5 Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein ja

9.3.6 Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbserstatzeinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen

bitte weiter bei Ziffer 9.5



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Form field for Versicherungsnummer

Form field for Kennzeichen

9.4 Bei Antrag auf Altersrente / Knappschaftsausgleichsleistung

Bei Antrag auf Altersrente

9.4.1 Erzielen Sie bis zum Rentenbeginn beitragspflichtige Einnahmen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.4.2

ja, bitte weitere Angaben machen

Arbeitsentgelt (gegebenenfalls auch aus geringfügiger Beschäftigung) / Vorruhestandsgeld

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

Die Anforderung der Gesonderten Meldung für eine Hochrechnung soll durch den Rentenversicherungsträger erfolgen.

Eine Hochrechnung soll unterbleiben (die Meldung zum Beschäftigungsende bitte abwarten).

Sozialleistung (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld)

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

_____ zahlende Stelle

_____ Anschrift

_____ Aktenzeichen

nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflegetätigkeit mit Beitragszahlung einer Pflegekasse / eines privaten Versicherungsunternehmens

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

pflegebedürftige Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Form field for Geburtsdatum



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer **9.4.1**

Übergangsgebühren der Bundeswehr

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis
zahlende Stelle

Tag Monat Jahr

Anschrift

Aktenzeichen

9.4.2 Werden Sie ab Rentenbeginn Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete erhalten?

nein ja, **Erklärung (Vordruck R0230)** ist beigefügt wird nachgereicht

Bei Antrag auf Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze

9.4.3 Haben Sie die Feststellung einer Schwerbehinderung beantragt oder wurde diese bereits festgestellt?

nein

ja, eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt

beantragt am Tag Monat Jahr
bei welcher Stelle

Aktenzeichen

Bei Antrag auf Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze oder Knappschaftsausgleichsleistung

9.4.4 Werden Sie ab Rentenbeginn eine der folgenden Einkünfte erzielen?

- Arbeitsentgelt (hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit)

nein ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland (hierzu gehören auch Einkünfte aus Photovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter)

nein ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)

nein ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH

nein ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

Erklärung (Vordruck R0230) ist beigefügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

9.5.2 Haben Sie im Versorgungsausgleich Anrechte aus einem der nachstehend genannten Alterssicherungssysteme erworben, aus denen Sie derzeit noch **keine Leistung** beziehen können (**Beamtenversorgung, berufsständische Versorgung, Alterssicherung der Landwirte, Versorgung der Abgeordneten und Regierungsmitglieder**)?

Name des Versorgungsträgers

nein ja

Anschrift

Aktenzeichen

9.6 Ist die zum Rentenanspruch führende **Erwerbsminderung / Schwerbehinderung** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.7

ja, Unfalltag

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck F0870) ausfüllen und beifügen

9.6.1 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja, am

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

9.7 Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.6.1983 verursacht? (Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".)

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.8

ja, Unfalltag

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck F0870) ausfüllen und beifügen

9.7.1 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja, am

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

bei welcher Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

9.8 Haben Sie **Zeiten nach dem Fremdrentengesetz** zurückgelegt, weil Sie beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurden?

nein ja, **bitte Vordruck R0860 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie nach dem 6.5.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten,
Vordruck R0865 ausfüllen und beifügen, wenn Sie in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten gearbeitet haben.

10 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

10.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

10.2 Leistungen aus der gesetzlichen **Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen)

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)

Unfalltag

Tag	Monat	Jahr

 Jahr der Abfindung

--	--	--



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.3 Krankengeld von einer Krankenkasse

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.3.1 Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

nein ja

10.4 Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger; **Verletztengeld** von der Berufsgenossenschaft; **Versorgungskrankengeld** vom Versorgungsamt; **Überbrückungsgeld** der Seemannskasse

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.5 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeitarbeit von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter

Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein bitte weiter bei Ziffer 10.6

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

10.5.1 Liegt der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit oder eines Jobcenters zugrunde?

nein ja

10.6 Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

10.7 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.8 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.9 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.10 Elterngeld von den Elterngeldstellen

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.11 Leistungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.12 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung
- Bundesausbildungsförderungsgesetz

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks

Aktenzeichen

10.13 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Grid for insurance number input

Kennzeichen (soweit bekannt)

Grid for identification number input

10.14 Sonstige Leistungen (zum Beispiel Kriegsopferversorge, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, Versorgungsleistung nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sondersversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)

nein

ja, vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

beantragt am [Tag Monat Jahr]

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

11 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

11.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Anschrift

Die Meldung zur KVdR (Vordruck R0810)

ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

11.2 Üben Sie über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit oder eine Beschäftigung aus, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei ist?

nein ja

11.3 Beantragen Sie einen Zuschuss zu den Aufwendungen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja

11.3.1 Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

11.3.2 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen **gesetzlichen** Krankenversicherung?

nein

Name der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

ja

Anschrift

Land

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

11.3.3 Sind Sie privat krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja, **bitte Vordruck R0821** vom privaten Krankenversicherungsunternehmen **ausfüllen lassen**

Vordruck R0821 ist beigelegt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

11.3.4 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer **privaten Krankenversicherung** für Familienangehörige berücksichtigt werden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im **Vordruck R0821** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

EUR

Cent

11.3.5 Ist der Familienangehörige Rentner?

nein ja,

seit

Tag Monat Jahr

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

12 Pflegeversicherung

12.1 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

nein

Name, Vorname des Kindes

ja

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kindschaftsverhältnis leibliches Kind / Adoptivkind Stiefkind Pflegekind

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir **nicht**, wenn die **Angaben** unter Ziffer 16 **bestätigt** werden oder das Versicherungskonto Kindererziehungszeiten beziehungsweise Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung enthält.

13 Dokumentenzugang

13.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.
Meine De-Mail-Adresse lautet:

13.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

14 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken im Versicherungsverlauf habe ich keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen beziehungsweise nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 10 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Bei Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit / Erziehungsrente willige ich ein, dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert.

Bei Antrag auf Altersrente willige ich ein, (sofern ich unter Ziffer 9.4.1 nichts anderes bestimmt habe), dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens

- frühestens 3 Monate vor Rentenbeginn eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert,
- für den weiteren Zeitraum gegebenenfalls bis zum Rentenbeginn die entsprechenden voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen (maximal für 3 Monate) hochrechnet und
- diese der Rentenberechnung zugrunde legt.

Mir ist bekannt, dass sich eine **Hochrechnung** im Vergleich zu einer Berechnung der Rente auf Basis der tatsächlich erzielten Entgelte **nachteilig** auswirken kann. Das kann der Fall sein, wenn

- in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Hochrechnungszeitraum eine Entgelterhöhung lag oder
- in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Hochrechnungszeitraum für weniger als einen Kalendermonat zum Beispiel Krankengeld bezogen oder unbezahlter Urlaub in Anspruch genommen wurde oder
- im Hochrechnungszeitraum Einmalzahlungen (zum Beispiel Urlaubsgeld, Urlaubsabgeltung, Weihnachtsgeld, beitragspflichtige Abfindungen) erwartet werden oder
- sich im Hochrechnungszeitraum Entgelterhöhungen (zum Beispiel bei Tariferhöhung oder Mehrarbeit) ergeben.

Die hochgerechneten Entgelte werden der jetzt beantragten Rente dauerhaft zugrunde gelegt, auch wenn sich die Hochrechnung nachteilig auswirkt.

Mir ist bekannt, dass ich einen Antrag auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen auch dann stellen kann, wenn die Feststellung einer Schwerbehinderung zwar beantragt, das Feststellungsverfahren aber noch nicht abgeschlossen ist. Der Nachweis über die Schwerbehinderung kann nachgereicht werden. Eine spätere Antragstellung kann unter Umständen dazu führen, dass die Altersrente für schwerbehinderte Menschen überhaupt nicht gezahlt werden kann.



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

Wenn ein Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung gestellt wird, **verpflichte ich mich** darüber hinaus, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen**:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich), und
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens).

Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

15 Anlagen

Möchten Sie zu Ihrem Rentenantrag Unterlagen einreichen oder nachreichen, **bitte Vordruck R0990 beifügen.**

16 Bestätigungsvermerk

Die Angaben zur Person (siehe Ziffer 2) werden bestätigt durch:							
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde	<input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis						
<input type="checkbox"/> gültigen Reisepass							
Das Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung (siehe Ziffer 12) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:							
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes	<input type="checkbox"/> Familienbuch / Familienstammbuch						
<input type="checkbox"/>							
Ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 / die Schwerbehinderteneigenschaft wird bestätigt.							
Der Schwerbehindertenausweis wurde ausgestellt am:	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 30px;">Tag</td> <td style="width: 30px;">Monat</td> <td style="width: 30px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis:	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 30px;">Tag</td> <td style="width: 30px;">Monat</td> <td style="width: 30px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
Es ist beigefügt:							
Dienststempel	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden						

